

～地域で気づき・つながり・支える～
認知症相談支援ガイドブック

京 都 市

はじめに

“認知症かもしれない”と気づいたときに、必要な支援につなげることができ、住み慣れた地域で支えられる——そのような連続性のある支援体制の構築を目指して、京都市では、平成 25 年度から「～地域で気づき・つなぎ・支える～認知症総合支援事業」を実施しています。

本事業により、このたび、介護・福祉に携わる支援者に向けて、認知症の相談対応に必要な情報をまとめた「認知症相談支援ガイドブック」を作成いたしました。

本冊は、次の観点から編集しています。

- 認知症の人と出会ったとき、その人の持つ希望や課題を踏まえながら、必要な支援を見立てて、実際の支援——手立てを講じていく。この「出会い」、「見立て」、「手立て」それぞれの支援過程に分けて、必要な情報を掲載しています。
- 支援に必要な最低限の内容を掲載しています。特に、第 1 章や第 3 章については、相談者とも情報を共有できるようなるべく簡潔に記載しました。認知症の人や家族、地域住民から相談を受けたとき、本冊を広げて一緒に見ながらご活用ください。そして、支援者には自らの更なる学習や業務経験の蓄積により、応用を図っていただきたいと考えています。

地域包括支援センターにおいては、認知症の人の増加に伴い相談対応も増えており、認知症の人と様々なサービスや地域資源を「つなぐ」役割が期待されています。

日頃の現場での実践をより円滑に進めるため、知識の整理や地域活動のヒント集として、このガイドブックを積極的に活用していただければ幸いです。

最後に、本冊の作成に当たっては、「京都市長寿すこやかセンター」及び「京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会」をはじめとする関係機関の皆様に多大なるご協力をいただきました。

お忙しい中、貴重なご意見をいただき、この場をお借りして深く感謝申し上げます。

平成 26 年 2 月

保健福祉局長寿社会部長寿福祉課

※ 本冊は、主に平成 25 年 10 月現在の情報に基づき編集いたしました。

※ 電話番号の記載については、特記の場合を除き、市外局番 075 です。

なお、電話番号の記載がない場合（例：区役所・支所や地域包括支援センターなど）については、京都市保健福祉局長寿社会部発行の「高齢者のためのサービスガイドブック すこやか進行中!!」を参照してください。

もくじ

第1章 認知症の人との「出会い」で大切なこと

(1) 認知症ケアの基本	1
(2) 認知症の経過と対応のめやす	2
(3) 「出会い」に気づくために—認知症の初期症状をチェック	3

第2章 認知症の人の「見立て」をするために必要な知識

(1) 認知症とは	5
(2) 認知症の症状	5
(3) 認知症の原因となる疾患と対応	7
(4) 認知症と混同しやすい疾患、状態	8
(5) 認知症の診断	9
(6) 認知症の薬物治療	10
(7) 認知症の人のアセスメント	11

第3章 認知症の人が求めている「手立て」を考える

(1) 医療支援を考える	
かかりつけ医・専門医との連携	13
受診をスムーズに進めるための工夫	15
(2) 生活支援を考える	
認知症の人の暮らしを地域で支えるために	16
サービス早見表	17
よくある生活の困りごとと手立て	
● 忘れっぽくなる	18
● 引きこもりがちになる	19
● 「物を盗られた」と言う	20
● 買い物が難しくなる	21
● 金銭管理に困る	22
● 薬の飲み忘れがある	23
● 火の始末が心配	24
● 車の運転が心配	25
● 夜に寝ない	26
● 大声が出る・手を出す	27
● 道に迷ったり、家に帰れなくなるのが心配	28
● 介護者の心身のストレスが募る	30
● 入浴を嫌がる	31
● 排泄の失敗がある	32
● 食事が難しくなる	33
● 介護の負担が増えてくる	34
● コミュニケーションが難しくなる	35
そのほか、活用したい支援	
1 障害保健福祉の施策	36
2 その他の制度	41

参考文献

巻末資料

(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準, ひもときシート, DASC-21,
専門職からの相談を受け付けている機関, 宇治市もの忘れ連絡シート)

第1章 認知症の人との「出会い」で大切なこと

認知症の人を理解し尊重するために、その人と出会った時から心がけたいケアや、伝えたいことを最初にまとめました。

(1) 認知症ケアの基本

1 本人主体のケアを原則とすること（自己決定を支える）

認知症の人は、記憶障害等の症状の特徴により、不安や混乱、孤独感のなかで過ごしていることがあります。自らの想いや欲求が理解されにくく、周囲の人とのコミュニケーションや関係性の維持が難しくなります。認知症の人の想いに共感し、本人を理解することから認知症ケアははじまります。

各々の人が持つ、価値観や個性、想い、そして人生の歴史——個別性を尊重し、本人を主体とするケアを基本に据えていきましょう。

2 住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支えること

環境の変化に適応することが認知症の人には難しいため、生活の継続性が尊重されるようなケアサービスを整える必要があります。認知症の人のそれまでの生活や地域とのつながりを尊重し、各々の人のペースで、その人らしさが発揮できるような支援に取り組んでいきましょう。

3 自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること

「できないこと」「わからないこと」に目を向けるのではなく、「できること」「できそうなこと」等に目を向けながら、本人の力を最大限に活かして生活できるように支援します。また、本人が持つ力を、単に身体状況等だけで捉えずに、地域社会の中で培ってきた人間関係や地域資源のつながりなど、本人の関係力を含めて考えていきます。

4 早期から終末期までの継続的な関わりと支援に取り組むこと

認知症の早期から終末期に至るまで、本人や家族の必要に応じて医療や介護等の専門職につながることのできるよう、情報提供や支援のしくみを整えていく必要があります。特に、認知症の早期発見と、本人への早期介入等による適切なケアの提供で、症状を重度化させない支援の提供に取り組めます。

5 家族支援に取り組むこと

認知症の人が地域社会とつながりつつ生活をしていくうえで、家族は、最も貴重な応援者です。また、本人のことを最もよく知る家族だからこそ、認知症に伴う様々な症状を容易には受け入れられない心情も強いものです。周囲の人は、こうした家族の心情を踏まえて関わり続けることが望めます。

病気や本人の状態を理解することにより、本人に対する家族の受け止め方は変えられるかもしれません。認知症の人と家族への支援に取り組んでいきましょう。

6 介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制を目指すこと

認知症は病気であるため、病状進行や身体疾患、体調変化等に応じた適切な医療の提供が求められます。また、認知症になると社会生活に支障が現れるため、本人が培ってきた地域社会との関係、なじみの人や場との関わりを断ち切ることなく、生活の継続性が尊重されるような支援が必要です。認知症ケアはこの両者の側面からトータルな視点でのサポートに取り組み、これらの提供を地域社会を中心に展開することが重要です。

この「認知症ケアの基本」は、認知症の人を支えていく全ての専門職が共有すべき認知症ケアの基本的な考え方としてまとめられたものです。

〔 参考：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症を有する人への適切な支援に資する認知症ケアモデルの研究事業 ―認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会― 〕

(2) 認知症の経過と対応のめやす

認知症の症状は、時間の経過とともに進行します。早いうちから認知症の経過と対応について知り、見通しを持っておくことは、認知症の人の理解やケアに役立ってでしょう。
※認知症の原因となる疾患や身体状況などにより、経過のたどり方や利用できる制度・サービスは異なりますので参考としてください。

時間の経過		発症前期～発症期 本人や周りの人が「何かおかしい」「もしかして」と 思いはじめます。	症状多発期 認知症の様々な症状により、生活上の 支障が次第に増えていきます。	身体症状併発期 体調が乱れやすく、身体的な介護の 必要性が増していきます。	終末期 看取りについて考える時期です。
認知症の人の 様子	記憶	少し前の記憶（近時記憶）に障害が現れはじめますが、全てを忘れるわけ ではなく、直前のこと（即時記憶）や昔のこと（遠隔記憶）はよく覚えて います。	記憶障害がさらに進み、直前のこと（即時記憶）が覚えにくくなります。	新しい出来事は全く記憶できず、古い記憶もあいまいになります。	
	時間・場所・人物 の認識	年月日が不確かになり、約束していたことが守れなくなります。 慣れない場所に行くこと迷うようになります。	場所が不確かになり、慣れ親しんだ場所でも迷うようになります。	家族の顔がわからないことが出てきます。	
	会話	今しゃべったこと、聞いたことを瞬間的に覚えておく記憶力（即時記憶） は保たれているため、通常の日常会話はほぼ可能ですが、少し前のこと （近時記憶）は忘れるので、会話の中でも同じ話を繰り返すようになります。	聞いた内容をすぐに忘れるようになり、通常の日常会話に支障が出てき ます。 また、言葉の理解が難しくなったり、単語が出てこなくなったりします。	言葉によるコミュニケーションが難しくなります。	
対応のポイント		残された能力がまだまだある時期です。 本人の自尊心に配慮して接することがポイントです。 - 本人にできることがたくさんあります。何かの役割を持ってもらうよう に働きかけましょう。 - カレンダーや目録などの日付や、大切な予定や連絡先を書いたものの 確認を習慣づけることで、忘れやすさを減らしましょう。 - 行動を否定せず、気持ちに寄り添うようにしましょう。 - 食事や運動、睡眠など、脳の老化スピードを遅くする生活習慣を心が けることが認知症の進行予防につながります。	生活の支障が目立ちはじめ、対応に苦慮する時期です。 できるだけ、のんびり構えて笑顔で接することがポイントです。 - 歩道など日常の基本的なことでも失敗が増えてきますが、本人もつら く感じています。なるべく穏やかに接することを心がけましょう。 - 急がずとできることもできなくなってしまう。本人のペースに 沿って予定を立て、自分でやろうとしている時は見守りましょう。 - 好きな音楽をかけてリラックスしてもらったり、環境の急激な変化を避 けることで、本人の不安な気持ちが解消できるかもしれません。 - 悪いことばかりではなく、うまくいっていることも見守りましょう。状態を予測し たり、迷っても大丈夫なように安全対策を考えておいた方がよいで しょう。	日常の多くの場面で介護が必要になるとともに、医療的な処置を要する 場面も増えてきます。 - 心地よい刺激や、温かい気持ちは感じることができます。優しいスキンシ ップなどを喜んでコミュニケーションを心がけましょう。 - 細菌性肺炎や他の疾患で体調が悪化することが多くなりますが、本人から訴 えることが難しいので、いつもと違う様子には注意し、心配な時はかかりつ け医などに相談しましょう。	
周りの人からの 声かけ	○の例	さりげなく気づきを促す声かけを心がけましょう。 「今日は○○だったけ？」「今日は涼しくなるといい天気ですね」	「のんびり」「ゆったり」が本人の安心につながります。 「慌てなくて大丈夫だよ」「一緒に○○しようか」	優しく対応してくれる人が大好きです。 「（介護をする前に）○○していいかな？」	
	×の例	決めつけや否定をするような言い方は避けましょう。 「それは違うでしょ」「○○しちゃダメ」「そんなことでもできないの？」	介護者のイライラや焦る気持ちはすくなく伝わってしまいます。 「早くしてちょうだい」「また失敗したの？」	言葉はわからなくなっても、雰囲気にはとても敏感です。 「どうせわからないんだから…」	
家族へ伝えたいこと		認知症の疾患や介護について学びましょう。 認知症を引き起こす疾患により、経過も介護の方法も異なります。認知 症を正しく理解し、その人にあった対応や介護をすることでおだやかに過 こせます。 近い親族や本人の親しい人には、病気になることを伝えておき ましょう。 記憶障害の影響で、約束を忘れたり、電話の用件が伝えられないような こともあります。また、病気のことを知らないために、心ない言葉をかけ られて傷つく場合もあります。病気であることを周囲に理解してもらっ たは大切なことです。	家族の負担が大きくなるので、リフレッシュをする機会が必要 です。 同じように介護を経験する家族が集える場に参加したり、通所サービス や短期入所などの利用を検討してみても良いでしょう。 今後の生活設計（介護、金銭管理、財産など）について備えを しておきましょう。 自宅で介護が難しくなった時の生活の場所を検討するため、入所施設の 見学をしておくのも良いでしょう。	体調の悪化に備えましょう。 終末期の延命措置や栄養補給や医療をどの程度行うか、入院するかどうか など、最期の時期をどう迎えるかを決めて、できるだけ本人の視点に立っ て相談しておきましょう。	
利用できる制度や サービスの一例	相談する	○ 地域包括支援センター（※「高齢サポート」） / ○ 区役所・支所福祉部（福祉事務所）、保健部（保健センター） ● 居宅介護支援（ケアマネジャー）			
	日帰り利用する	○ 介護予防事業 ⇒18ページ参照	● 認知症対応型通所介護（認知症対応型デイサービス） / ● 通所介護（デイサービス） / ● 通所リハビリテーション（デイケア） ● 小規模多機能居宅介護（「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせたサービスです。）		
	家庭を訪問する	○ すこやかホームヘルプサービス	● 訪問介護（ホームヘルプサービス） / ● 訪問看護 など		
	短期入所する	○ すこやかショートステイ	● 短期入所生活介護、短期入所療養介護（ショートステイ） / ○ 短期入所生活介護緊急利用支援事業（緊急ショートステイ）		
	在宅介護の環境 を整える	○ 介護予防安心住まい推進事業	● 福祉用具貸与 / ● 福祉用具購入費の支給 / ● 住宅改修費の支給		
	介護者を支える	○ 緊急通報システム（あんしんネット119） / ○ 日常生活用具（自動消火器・電磁調理器）の給付 ⇒24ページ参照 ○ 各種の介護者の集まり（公益社団法人「認知症の人と家族の会」など） ⇒20ページ参照	○ 徘徊高齢者あんしんサービス ⇒28ページ参照		
	自宅以外の場所 で暮らす		● 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） / ● 介護老人保健施設（老人保健施設） / ● 介護療養型医療施設（療養病棟等） ● 認知症対応型共同生活介護（認知症対応型グループホーム）	○ 家族介護用品の給付 ⇒32ページ参照	
	権利を守る	○ 介護老人ホーム / ○ 軽費老人ホーム（ケアハウス 等） / ○ 有料老人ホーム（介護付き有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム 等） / ○ サービス付き高齢者住宅	○ 日常生活自立支援事業 ⇒22ページ参照 / ○ 成年後見制度 ⇒21.22ページ参照		
	地域で見守る	○ 地域のサロン など ⇒18ページ参照 ○ 認知症あんしんサポーター養成講座（認知症あんしんサポーター） ⇒22ページ参照 ○ 民生委員・児童委員 / ○ 老人福祉員			
		●：介護保険サービス、○：介護保険以外の制度・サービス			

永田久美子「認知症の人の地域包括ケア多職種で取り組むステージ・アプローチ」日本看護協会出版会より一部引用

（３）「出会い」に気づくために—認知症の初期症状をチェック

認知症は、誰もがかかりうる病気です。しかし、「齢をとれば“もの忘れ”は当たり前」「まさかそんな病気になる訳がない」と思い込み、認知症の人と「出会っている」のに、気づきが遅れることがあるかもしれません。

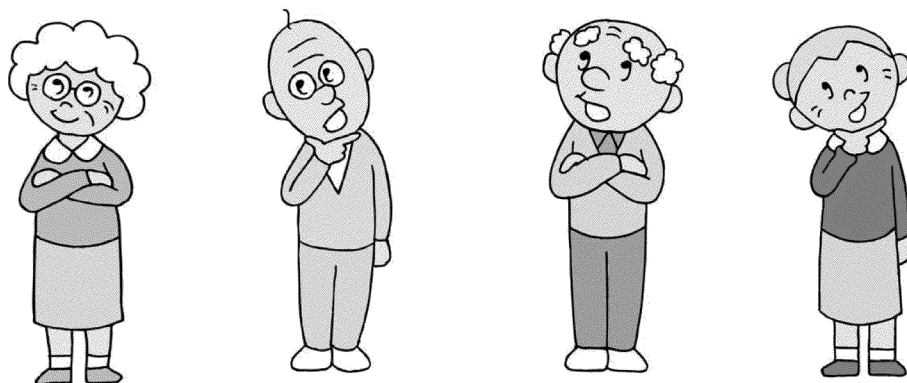
認知症に早く気づくことで、次のようなメリットがあります。

- ・ 早めの治療やリハビリテーションにより、認知症の症状を改善したり、進行を遅らせることができる場合があります。
- ・ 早期から本人の意向に沿ったケアを行うことで、徘徊や暴力などの症状に至ることなく穏やかに過ごすことが期待できます。
- ・ 理解力や判断力のある早期の段階で、自分の暮らし方や将来について考え、備えることができるので、自分らしい生き方を全うできます。
- ・ 認知症に関する情報を集めて知ることで、不安に対処できます。

また、認知症の人が穏やかに自分らしく暮らすことで、家族や周囲の人の介護負担はずいぶん軽減されます。そして、できるだけ長く地域で暮らし続けることが可能になります。

誰もがより良く暮らしていくために、認知症の人との「出会い」に気づき、支えあっていくことが大切ではないでしょうか。

次ページに、認知症の初期症状を確認できるチェックリストを紹介します。まずは相談が必要となるか、試してみましょう。





自分のもの忘れが、気になりはじめたら…

自分でチェック

変化はゆっくりと現れることが多いので、1年前の状態と現在の状態を比べてみるとよいでしょう。



- ☐ ものをなくしてしまうことが多くなり、いつも探し物をしている。
- ☐ 財布や通帳など大事なものをなくすることがある。
- ☐ 曜日や日付を何度も確認しないと忘れてしまう。
- ☐ 料理の味が変わったと家族に言われた。
- ☐ 薬の飲み忘れや、飲んだかどうかわからなくなることがある。
- ☐ リモコンや洗濯機などの電化製品の操作がうまくできない。
- ☐ いらいらして怒りっぽくなった。
- ☐ 一人であるのが不安になったり、外出するのがおっくうになった。
- ☐ 趣味や好きなテレビ番組を楽しめなくなった。

⇒ ひとつでも思い当たる場合は、かかりつけ医などの医療機関に相談したり、認知症等の相談ができる窓口に、これからのことを早めに相談してみましょう。



家族・身近な人のもの忘れが、気になりはじめたら…

家族・身近な人でチェック

認知症による変化は、本人より周りが先に気づく場合も多いものです。家族や身近な人がチェックをしてみましょう。



- ☐ 同じことを何度も繰り返して話したり、聞いたりする。
- ☐ しまい忘れが多く、いつも探し物をしている。
- ☐ 曜日や日付がわからず何度も確認する。
- ☐ 料理の味が変わったり、準備に時間がかかるようになった。
- ☐ 薬の飲み忘れや、飲んだかどうかわからなくなることがある。
- ☐ リモコンや洗濯機などの電化製品の操作がうまくできない。
- ☐ 失敗を指摘されると隠そうとしたり、些細なことで怒るようになった。
- ☐ 財布や通帳などをなくして、盗まれたと人を疑う。
- ☐ 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった。

⇒ いくつか思い当たる場合は、かかりつけ医などの医療機関に相談したり、認知症等の相談ができる窓口に、これからのことを早めに相談してみましょう。

第2章 認知症の人の「見立て」をするために必要な知識

認知症の人がおかれた状況を理解し、その人に必要な支援を見立てるためには、認知症に関する基本的な理解が欠かせません。

(1) 認知症とは

介護保険法では、認知症は次のように定義されています。

【介護保険法第5条の2】より

「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう」

つまり、いったん獲得された機能が後天的・慢性的に低下し、日常生活や社会生活に支障が出た状態をいいます。

(2) 認知症の症状

認知症の症状には、記憶障害や実行機能障害など、脳病変そのものから起こりゆっくりと進行する認知機能障害(中核症状)と、徘徊や妄想といった認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)があります。

認知機能障害(中核症状)

● 記憶障害

記憶障害は本人が自覚しやすく、家族など周囲の人も気づきやすい症状です。記憶には、①記銘(覚え込む)、②保持(覚え続ける)、③想起(思い出す)の3つの過程があり、その“内容”と“保持時間”で分類されます。

記憶の“内容”による分類は、出来事記憶である「エピソード記憶」、歴史的事実や一般常識など言葉や概念の知識に関する「意味記憶」、自転車に乗るなど身体で覚えた「手続き記憶」に分けられます。記憶の“保持時間”による分類には、単語などをオウム返しに答える検査で確認される「即時記憶」、数分から数か月間保持される「近時記憶」、それ以上の長期間にわたる「遠隔記憶」があります。

このうち、「手続き記憶」と「遠隔記憶」は障害されにくいと言われており、これらを生かすことが認知症の人でもできることを探すコツとなります。

● 見当識障害

現在の時間(いつ)・場所(どこ)・人物(誰)を理解し、周囲や自分の状況について見当をつける能力(見当識)に障害が起こるのが見当識障害です。まず、時間の見当がつかなくなり、次に場所がわからなくなり、病状が進行すれば人の区別がつかなくなります。

● 実行機能障害

日常生活で何かをやり遂げるには、多くの過程をこなす必要があります。「何かをしようと思いつく」「計画を立てる」「順序立てて行う」「やり続けて、やり遂げる」など一連の行動で使われるのが実行機能であり、記憶・言語・空間的認知などの知的道具機能を使いこなして物事を行う管理機能のことを言います。ここに障害が起きると、状況を理解し、内容を整理・分析して計画を立て、それを実行することが難しくなります。

物事をやり遂げる過程で、どの部分までは自分ででき、どの部分を手伝うべきかを見極め、できない部分だけを的確に手助けすることで、できるだけ「自分でする」ことが長く可能になります。

● 失語

失語は、その多くが物品の呼称障害から始まります。日常的に使用する頻度が少ない物の名前ほど出にくくなります。また、認知症が進行すると、言葉を理解できても話すことができなくなる運動失語、話すことができても理解ができない感覚失語、物の機能や役割を正しく認識しながら名称だけを間違える錯語などの症状が加わります。例えば、尿意を感じても「痛い」「きつい」などとしか表現できないことがあります。

● 失行

失行とは、運動麻痺などの障害がないにもかかわらず、以前はできていた「目的をやり遂げるための動作」ができない状態です。認知症が進行した時期に見られるものですが、年齢が若い人には早期から出現することもあります。

基本的には進行したアルツハイマー型認知症の人に見られ、生活機能障害の原因になります。

● 失認

視力に異常がないのに対象物を認識したり区別ができない症状が失認です。失認には、ゴミ箱と尿器の区別がつかなくなる「物体失認」、人の顔を認識できず、鏡に映った自分の顔を侵入者と誤認する「相貌失認」、遠近感が障害され、箸で料理がつかめなくなる「パリント症候群」、空間の半側(右利きなら左側)の物体や文字を無視しまう「半側空間無視」などがあります。

行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

行動・心理症状(BPSD)はこれまで「問題行動」や「周辺症状」などと呼ばれていましたが、1996年、国際老年精神医学会によって、「認知症の行動・心理症状」と呼ぶように統一されました。

行動症状としては、攻撃性、徘徊、不穏、社会通念上の不適当な行動など、心理症状としては、抑うつ、幻覚、妄想、不眠、不安などがあげられます。

BPSDは、認知機能障害による生活のしづらさが原因として背景にあり、それに対して、身体状況、環境、心理状態、性格などが影響して起こります。

【備考】MCI（軽度認知障害：Mild Cognitive Impairment）とは…

日常生活に支障をきたす程度には至らないため認知症とは診断されませんが、記憶障害と軽度の認知障害が認められ、正常とも言い切れない中間的な段階をいいます。

MCIには各種認知症疾患の前駆状態が含まれており、MCIと診断された人の半数以上に、その後アルツハイマー型認知症等への進行がみられるとのデータがあります。一方、この状態のまま長期間とどまったり、正常に戻る人もあるといわれています。

【備考】「認知症高齢者の日常生活自立度」とは…（巻末参照）

高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活の自立の程度を表すものです。介護保険制度の要介護認定では認定調査票や主治医意見書でこの指標が用いられており、要介護認定におけるコンピュータによる一次判定や介護認定審査会における審査判定の際の参考として利用されています。

(3) 認知症の原因となる疾患と対応

代表的な4つの原因疾患と対応のポイント

認知症の原因となる疾患は多様にあります。代表的な4つの疾患について特徴を知っておくことが、ケアや家族支援、医療との連携に役立ちます。

	どんな病気か	症状の特徴	介護と療養のポイント
アルツハイマー型認知症 (AD)	○ 認知症となる原因疾患の中で最も頻度が高い。 ○ 異常な蛋白(アミロイド)が神経細胞に蓄積し、神経細胞が脱落して脳が萎縮することで起こると考えられている。 ○ 発症までに長い潜伏期間があると言われ、ゆっくりと進行する。	○ 初期症状には、近時記憶の障害や実行機能障害、時間の見当識障害が多く見られる。 ○ 進行するにつれて遠隔記憶の障害や、場所や人の見当識障害、視空間の認識や判断力の低下などで生活に障害をきたすようになる。 ○ 感情は最後まで保たれることが多い。	○ 遠隔記憶や手続き記憶は、症状が進んでも長く保たれるため、それらを活かした活動を行うとよい。 ○ 場所や物が認識しやすい環境づくりに努める。 ○ 実行機能障害で手順がわからない場合は、モデリング(やって見せる)ことが効果的。 ○ 記憶や視空間認識の障害から、初期でも道に迷いやすいので、徘徊の対応策を考えておくといよい。
脳血管性認知症 (VD)	○ 脳梗塞や脳出血により、その先の血流が障害され、脳細胞が壊死するために起こる。 ○ 障害部位の大きな脳梗塞により急激に発症する場合もある。	○ 脳の損傷部位や程度により、現れる症状が異なる。よく見られる症状は、意欲の低下や感情失禁、失語、失行、実行機能障害など。 ○ 脳の損傷部位によっては、麻痺や嚥下困難、構音障害、歩行障害等の身体症状も現れる。 ○ 記憶障害については、本人の自覚がある場合もある。	○ 症状がまだらに現れやすいため、本人のできること・できないことをよく見極めて支援する。 ○ 高血圧症や心疾患、糖尿病などの動脈硬化のリスクとなる生活習慣病の治療や生活習慣の改善を行い、脳血管疾患の再発を予防することが大切。 ○ 意欲の低下に加えて、麻痺等の身体症状がある場合は活動性が低下しやすいので、廃用症候群を予防する関わり(例：デイサービス等の積極的な利用等)が必要。
レビー小体型認知症 (DLB)	○ 異常な蛋白(レビー小体)が、脳幹や大脳皮質などに出現して起こると考えられているが、原因は不明。	○ パーキンソン症状(小刻み歩行、身体のコわばり、表情の乏しさ等)が多くに現れる。 ○ 精神症状では、リアルな幻視や抑うつが出現しやすい。 ○ 自律神経障害(特に起立性低血圧)も多く見られる。 ○ 症状の日内変動が激しい。 ○ 抗精神病薬への感受性が高い。	○ 小刻み歩行や起立性低血圧から転倒しやすく、転倒予防のための環境整備や起立時の見守りが必要。 ○ 幻視に対しては、完全に否定せず、本人が安心できるような言葉かけを行う。また、見間違いの原因になりそうな物は片づけておく。 ○ 自律神経障害により便秘になりやすいため、水分摂取や運動など、生活習慣を整えらるとよい。 ○ 日内変動を観察し、調子の良い時間帯に活動を行うとよい。 ○ 慎重な薬の調整が必要なため、認知機能だけでなく歩行などの身体症状や精神症状についても医師によく相談・報告する。
前頭側頭葉変性症 (FTLD) ※ここでは前頭側頭型認知症について記述	○ 主に前頭葉と側頭葉の萎縮によって起こる疾患で、原因は不明。 ○ 好発年齢は50歳～60歳代と言われている。 ○ 主として障害される脳の部位により、「前頭側頭型認知症(ピック病含む)」「進行性非流暢性失語症(言葉を流暢に発することができなくなる)」「意味性認知症(言葉の意味を理解することができない)に分けられ、症状も異なる。	○ 初期では近時記憶の障害は目立ちにくいと言われており、性格や行動パターンの変化で気づくことが多い。 ○ 次の特徴的な言動が見られる。 ・ 常同行動(パターン化した行動の繰り返し) ・ おうむ返し ・ 立ち去り行動(状況によらず突然その場から立ち去ってしまう) ・ 逸脱行為(反社会的な言動) ・ 病識の欠如	○ 近時記憶が保たれている初期の頃から支援者との関係づくりに努める。 ○ 常同行動は無理に止めずに、好きな作業や行動パターンを取り込みながら、本人が楽しめるような活動につなげてみるとよい。 ○ 常同行動の一つで、同じルートを歩きつづけてしまう「徘徊」が見られる。「徘徊」とは異なるため、無理に止めずに見守る。本人が興味を示す物を準備しておくなど、立ち去りにくい環境を工夫する。 ○ 比較的若い年齢の発症で行動範囲が広く、逸脱行動で社会的ルールが守りにくいことから交通事故が心配される。特に、車の運転は早期にやめるほうがよい。 ○ 特徴的な症状や言動で、家族や周囲の人は対応が難しいため、疾患について丁寧に説明し、家族らが孤立しない支援が必要。

2つ以上の疾患が合併する混合型(例：アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症)もあります。

その他の原因疾患

上記の 4 つの疾患以外にも、脳に器質的な変化をもたらす認知症の原因となる状態があります。

具体的には、頭部外傷や、脳腫瘍、感染症、内分泌疾患や肝疾患や腎疾患によるもの、また、薬剤やアルコールなど精神作用物質による認知症もあります。

なかには治療によって治る可能性がある疾患もありますので、早期の鑑別診断が重要となります。

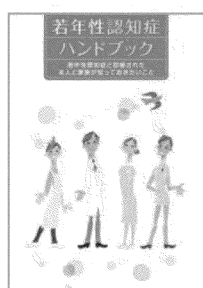
＜治る可能性のある認知症の例＞

特発性正常圧水頭症（iNPH）	慢性硬膜下血腫	甲状腺機能低下症
○ 何らかの原因で脳室内の髄液が過剰になり、脳が圧迫されて起こる疾患。 ○ 認知症状のほか、歩行障害と尿失禁が特徴的な症状。 ○ 髄液を脳室の外に出すシャント術で改善することが多い。	○ 頭部を打撲した後などに硬膜の下に血腫ができることにより認知症状が出現する。 ○ 血腫の除去により改善することが多い。	○ 甲状腺機能が低下する疾患。 ○ 集中力の低下や傾眠、記憶障害などの症状のほか、幻覚・妄想などの精神症状が現れることもある。 ○ 甲状腺ホルモンの補充治療を早期に行うことで回復することが多い。

【備考】若年性認知症とは…

65 歳未満で発症した認知症を総称して「若年性認知症」と呼びます。疾患としては 65 歳以上で発症するものと基本的には同じであり、症状や診断、治療、ケアにも共通する面は多いです。

一方で、発症する疾患の相対的な頻度や症状の現れ方には違う面も少なくありません。例えば、高齢者が発症する認知症ではアルツハイマー病が多いのに対して、若年性認知症では、脳血管性疾患や頭部外傷、前頭側頭型認知症の割合が比較的高いです。さらに若くして発症することから、高齢者とは生活上や社会的な立場に大きく違う面があり、独自のアプローチが必要とされます。



社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センターでは、「若年性認知症コールセンター」を開設し、相談を実施しています。

（電話 0800-100-2707 月～土曜日 10 時～15 時）

また、本人と家族向けに「若年性認知症ハンドブック」を作成しており、インターネットサイト「認知症介護情報ネットワーク（DCnet）」からダウンロードできます。

※このハンドブックは厚生労働省老人保健健康増進等事業で作成されました。

（４）認知症と混同しやすい疾患、状態

認知症と同じような症状を呈するために、認知症と混同されがちな状態を取り上げます。いずれも鑑別診断が重要となるため、初診時には「アセスメントのポイント」に記載した内容を医師に伝えるとよいでしょう。

● せん妄

【どんな状態か】

意識障害のひとつで、一時的に幻覚・妄想や興奮状態、記憶障害や見当識障害が見られます。原因は多岐にわたり、身体面の不調、薬剤による影響のほか、環境的な要因や心理的な要因もあります。数時間～数日のうちに急激に発症し、症状に日内変動が見られるのも特徴です。

【アセスメントのポイント】

まず治療中の身体合併症の有無や、薬の重複・変更の有無を確認します。また、脱水や感染症（肺炎や尿路感染症）などの体調不良がないか確認します。

【ケアのポイント】

環境の変化は最小限にします。

● うつ病

- 【どんな状態か】 気分障害のひとつで、気分の落ち込みや興味がわかなくなったりする状態が慢性的に続き、生活にも支障をきたす状態です。原因は不明ですが、発病のきっかけとなるエピソードがある場合もあれば、はっきりしない場合もあります。
- 【アセスメントのポイント】 きっかけとなるエピソードがなかったかを確認します。抑うつ症状のほか、高齢者の場合は睡眠障害や身体症状を前面に訴えることも多いため留意しましょう。
- 【ケアのポイント】 確実な服薬支援が重要になります。うつ状態が改善すると、多くは記憶障害も改善します。

● 統合失調症

- 【どんな状態か】 精神疾患のひとつで、脳内の神経伝達物質の異常が原因と考えられています。青年期に発症することが多く、幻覚や妄想などの陽性症状と、感情の平板化や意欲の欠如などの陰性症状が特徴です。
- 【アセスメントのポイント】 青年期からの既往歴や生活歴、服薬の状況を確認します。
- 【ケアのポイント】 確実な服薬支援が重要になります。障害福祉サービスの利用も可能です。

● 知的障害（精神遅滞）

- 【どんな状態か】 知能の発達がおおむね18歳未満のうちに遅滞した状態であり、そのため適応行動が困難です。原因は染色体異常など先天性のものもありますが、多くは不明です。
- 【アセスメントのポイント】 幼少期からの生活歴（特に知的能力を推察するため学歴）や既往歴を確認します。
- 【ケアのポイント】 時に認知症との合併もあり、障害特性にとらわれない支援が必要になることもあります。

（5）認知症の診断

認知症の診断は、問診や診察室での観察、家族からの情報や次のような検査の結果をもとに、総合的に行われます。

● 診察

問診では、症状や生活ぶり、既往歴などが聞かれるほか、その受け答えの様子も観察されます。診察室での様子や返答が普段の状態とは違う場合が往々にしてありますので、普段の状態や困っている状態についての情報はとても重要になります。

● 血液検査

治療可能な原因疾患のスクリーニングや身体疾患の管理のために行います。

● 心理検査（主なもの）

・ HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）

口頭による9つの質問により、短期記憶や見当識、記銘力を検査する簡易式の認知症のスクリーニングテストです。評価結果は、各設問の合計点数30点満点中、20点以下の場合に認知症の疑いがあるとされています。

・ MMSE（ミニメンタルステート検査）

11項目の質問からなる簡易知能検査で、各設問の合計点数30点満点中、23点以下の場合に認知症の疑いがあるとされています。HDS-Rと比べて相対的に記憶・見当識の点数は低く設定されており、視空間認知や構成の課題があります。

これらの検査は、点数だけでなく、検査中の言動等も参考にされます。検査結果には、聴力や視力の低下、教育歴などが影響することもあり、事前の情報収集も重要です。

● 画像検査

・ CT・MRI…脳の形態を調べる検査

いずれも、脳出血・脳梗塞・脳腫瘍等の有無や、脳の萎縮の有無や程度を調べます。CT はX線を用いた検査で、出血や石灰化病変を描出しやすいことが特徴です。MRI は、磁気を用いた検査で、様々な方向からの撮像や古い脳梗塞と新しい脳梗塞を区別して描出することなどが可能です。

MRI は検査時間が CT より長く、検査時の音の大きさや狭い場所に入ることなどを負担に感じる人があります。入れ歯やペースメーカーなどが体内にある場合は使用できないので注意が必要です。

なお、初期の認知症では、CT・MRI には異常が見られないこともありますので、他の検査結果も勘案して診断します。

・ SPECT・PET…脳の働きを調べる検査

放射性医薬品を静脈注射し、SPECT では脳血流の変化を調べ、PET は脳のブドウ糖代謝の変化を調べます。

・ MIBC 心筋シンチグラフィー…心臓の交感神経の活動を調べる検査

本来は心筋梗塞の診断に用いられてきた検査で、レビー小体型認知症では交感神経の障害が起こるため、他の認知症の鑑別に有用とされています。

(6) 認知症の薬物治療

認知機能障害（中核症状）に働きかける薬

現在、主にアルツハイマー型認知症の治療に使われている薬は 4 つあります。いずれも認知症を治す薬ではなく病気の進行を遅らせる薬です。治ることを期待すると効果がないように感じられ、自己中断してしまうことがあります。事前に症状が変わらないことも効果の一つであるという説明をしておくといよいでしょう。

また、何らかの変化があった時には自己判断せず、まずは主治医に報告・相談しましょう。

商品名 (薬剤名)	アリセプト (ドネペシル塩酸塩)	レミニール (ガランタミン)	リバスタッチパッチ イクセロンパッチ (リバスタグミン)	メマリー (メマンチン塩酸塩)
適応	軽度～高度	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度以上
投与回数	1 日 1 回	1 日 2 回	1 日 1 回	1 日 1 回
形状	細粒・錠剤・D 錠 ^{※1} 内服ゼリー	錠剤、OD 錠 ^{※2} 、 内服液	パッチ剤	錠剤
薬の特徴 ・ 服用上の 注意	○ 消化器症状があるときは脱水予防のため、十分に水分を摂取する。 ○ 攻撃性や徘徊などの BPSD が活発になる場合は医師に報告、相談をする。	○ 消化器症状があるときは脱水予防のため十分に水分を摂取する。	○ 皮膚（主に胸、上腕、背中）に貼付する。 ○ パッチに日付を記入すれば服薬の確認がしやすい。 ○ 皮膚を保護するため、貼付部位は毎回変更し、保湿剤などで皮膚の乾燥を予防する。 ○ 消化器症状があるときは脱水予防のため十分に水分を摂取する。	○ 他の 3 剤との併用が可能。 ○ 投与初期において、めまい、傾眠傾向が現れることがあるので注意する。
主な副作用	食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢、易怒性	食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢、易怒性	食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢、易怒性 貼付部位のかぶれ	めまい、眠気、頭痛、便秘

※1 速崩錠のこと。口の中で溶けやすい薬。少量の水で服用する。

※2 口腔内崩壊錠のこと。口の中で速やかに唾液に溶け、水なしで服用できる薬。

行動・心理症状（BPSD）に働きかける薬

BPSD に対しては、まずは、体調や薬の管理、環境整備や接し方を工夫することで改善を図ります。それでも改善が見られない場合は、主治医の判断で薬物による治療を行う場合があります。主には、抗精神病薬や抗不安薬、抗うつ薬や睡眠薬、脳循環代謝改善薬や漢方薬などです。

向精神薬の使用については、「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン」が厚生労働省において策定されています。

（7）認知症の人のアセスメント

アセスメントは、本人の現状だけでなく、その人を取り巻く環境やこれまでの暮らし方、価値観や希望を知り、集めた情報を評価して、課題やニーズを明確化するために行います。

アセスメントを手助けするツールは数多くありますが、認知症の人のためにも種々のアセスメントツールやその補助となるツールが開発されています。

認知症は、その原因疾患や進行過程によって、現れる認知機能障害や生活機能障害に個人差があります。また、コミュニケーションの難しさから本人の希望を十分に汲むには配慮が必要です。家族や周囲の人の介護負担など、評価すべき情報は多岐にわたります。

こうした情報を的確に収集・評価し、関係者で共有することは、本人主体のケアを実現し、多職種で、そして地域ぐるみで支えていくには欠かせないものです。

認知症の人を理解するためのツール

● センター方式

支援関係者が共通のシートを活用することで協働や連携を促進し、本人と家族を中心に統一したケアを提供するために作成されたものです。

シートは 16 枚あり、次の 5 つの領域に分かれています。シートは選択して利用が可能です。

A：基本情報	本人の基本事項や自立度等の経過を把握し、「本人の現在の段階」を確認することを通して、「現在と今後の暮らしのあり方（方針）」を探ります。あわせて、本人をとりまく療養と支援のための資源の全体と過不足を明らかにします。
B：暮らしの情報	自分らしく暮らしていくうえで最も大切な「暮らし方」と「環境」に関する情報を過去から現在にわたって集約し、本人がよりよく暮らしていくための課題を明らかにします。
C：心身の情報	今、本人が苦しんでいる心身の状態の全体像を客観的に集約し、個々の状態の関連を探ります。あわせて、そうした心身の状態をもちながら本人がどのような姿と気持ちで今を過ごし、「何を求めているか」を把握し、本人がよりよく暮らすための課題を、本人本位の視点に立ち返って探ります。
D：焦点情報	焦点を絞って本人のありのままの状態を詳細に把握し、本人が自らの力を活かして自分らしく暮らしていくための課題を明らかにします。
E：24 時間アセスメントまとめシート	A～D で明らかになった課題を、本人の暮らしの流れ（24 時間、その他）に沿って整理し、本人にとっての優先課題とケアの具体的内容を明らかにします。（ケアプランに活かします。）

いずれのシートも、「本人本位」の視点に基づいて作成されています。認知症の初期段階から終末期まで、様々な段階を支えます。初期段階からすべての関係者で共有し、一貫したケアを実践することによって、その人らしさを保つことが可能になります。

センター方式は、認知症介護研究・研修センターが開発したものです。シートは、センター方式の活用支援を行っている NPO 法人「地域生活サポートセンター」のインターネットサイト「いつでもネット」からダウンロードが可能です。

センター方式 シート見本

● ひもときシート（巻末参照）

認知症の人の言葉や行動の背景には様々な原因や意味があります。その言葉や行動をひもとくことで、認知症の人が何を望み、訴えているのかを明らかにし、新たなケアのヒントを見つけることを目的に開発されたアセスメントの補助ツールです。

ひもときシートでは、①援助者が感じている課題を援助者の視点で評価する「評価的理解」、②根本的な課題解決に向けて、多角的な事実の確認や情報を整理する「分析的理解」、③本人の視点から課題の解決を考えられるように、援助者の思考展開を行う「共感的理解」の3つのステップにより、思考の整理をします。この過程で、援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考（すなわち本人の気持ちにそった対応）に転換し、先入観などによって見えていなかった新しいケアのあり方に気づくことができます。

ワークシートを活用した「紙の上でのスーパーバイズ（ひもとき）」としても活用できます。人材育成のためのスーパービジョンのツールとしても利用できるでしょう。

「認知症ケア高度化推進事業」（平成 20-22 年度厚生労働省委託）により、「社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター」が開発したものです。この事業の成果物などは、インターネットサイト「ひもときねっと」からダウンロードが可能です。

● DASC[ダスク]（巻末参照）

認知症による「認知機能障害（中核症状）」と「生活機能障害」を総合的に評価するためのアセスメントシートです。原則として、研修を受けた専門職が、対象者をよく知る家族や介護者に、日常生活の様子を聞きながら評価しますが、困難な場合には、本人への直接質問や観察により、調査担当者自身が判断して評価することも可能です。

平成 25 年 8 月に公表された最新版「DASC-21」は、21 項目の質問から構成され、7つのカテゴリ（①記憶、②見当識、③問題解決・判断力、④家庭外の IADL、⑤家庭内の IADL、⑥身体的 ADL 1、⑦身体的 ADL 2）に分けられています。暮らしに密着したわかりやすい質問項目であるため、本人や家族、関係者との共通理解や情報収集が比較的容易です。また、カテゴリ④⑤が充実しているため、軽度認知症の生活機能障害を検出しやすくなっています。

各項目を1から4の4段階で評価します。4段階のうち、1及び2が正常域、3及び4が障害域であることをおおよその目安にして評価します。

評価方法は2つあり、各項目の合計点で認知症の可能性を評価する場合は、項目1～項目18の回答番号の合計が29点以上であれば認知症の可能性ありと判定します。また、認知機能障害と生活機能障害の確認から認知症の可能性を評価することも可能です。

「認知症の早期発見、診断に繋がるアセスメントツールの開発に関する調査研究事業」（平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金）により、「地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム」が開発したものです。事業報告書※は、東京都健康長寿医療センターのホームページにて公開されています。 ※出典：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター発行「認知症の早期発見、診断に繋がるアセスメントツールの開発に関する調査研究事業」、2012

上記以外にも、支援者は日々学んで必要な知識を身につけたり、困ったときは一人で悩まずに同じ仲間と相談することが大切です。巻末資料に、「専門職からの相談を受け付けている機関」を掲載しています。